مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۱۹، شماره ۴، زمستان ۸۸، صفحات ۲۴۶ تا ۲۵۵

Original Article

بررسی تاثیرآموزش مبتنی بر مدل مراحل تغییر در پیشگیری از مصرف مواد مخدر در کارگران پتروشیمی

محمد مرادی[۱]، علیرضا حیدرنیا[۲]، غلامرضا بابایی[۳]، مهدی جهانگیری[۴]

[۱] دانشجوی دکترای آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
[۲] دانشیار ، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
[۳] دانشیار،دکترای آمار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج
[۴] کارشناس ارشد بهداشت حرفه ای، بخشHSEQ شرکت ملی صنا یع پتروشیمی

چکیده

سابقه و هدف: *کاربرد برنامه آموزشی مهارت‌های مقاومت دربرابر سوء مصرف مواد باید با تاکید بر مدل‌های تغییر رفتار انجام گیرد. در این پژوهش با بکارگیری مدل مراحل تغییر یک چارچوب تئوریک تغییر رفتار با قابلیت قوی پیش بینی رفتار طراحی گردید که به تبیین و تحلیل رفتار پرداخته و توسط آن با طراحی برنامه آموزشی تغییر رفتار و استمرار رفتار پیشگیرانه جدید مساله سوء مصرف مواد مخدر را در کارگران پیشگیری می‌نماید.*

روش بررسی: *این کارآزمایی تصادفی شده شاهددار روی ۱۸۱ نفر از کارگران شرکت‌های مجتمع پتروشیمی عسلویه انجام شد. محتوای آموزشی با تاکید بر ارتقاء مهارت‌های مقابله، فرایندهای تغییر و توازن تصمیم‌گیری برای تغییر و خودکارآمدی و مهارت‌های زندگی طراحی و آماده گردید و جزوه، کتابچه آموزشی، پوستر و دیسک فشرده مرتبط با محتوای آموزشی ارائه شد. سپس مداخله آموزشی با استفاده از روش ترکیبی سخنرانی و بحث گروهی اصول تئوریک مدل مراحل تغییر انجام شد و بعد از گذشت ۵ ماه از مداخله اطلاعات مجددا جمع آوری شد. در این ۵ ماه گروه مداخله مورد حمایت آموزشی با استفاده از پوستر و پمفلت قرار گرفتند.*

یافته‌ها: *پس از مداخله آموزشی، میانگین امتیازات آگاهی، نگرش، خودکارآمدی، مهارت‌های مقابله در برابر سوء مصرف مواد، توازن تصمیم‌گیری، فرایندهای تغییر و رفتارهای پیشگیری بطور معنی‌داری افزایش یافت، در حالی که این تغییرات در گروه شاهد معنی‌دار نبود.*

نتیجه‌گیری: *با توجه به کاربرد مثبت مدل مراحل تغییر در پیشگیری از مصرف مواد مخدر در کارگران پتروشیمی عسلویه، انجام برنامه‌های مداخله‌ای جهت پیشگیری از سوءمصرف مواد در کارگران صنایع و محیط‌های کارگری جهت تغییر و تثبیت رفتار جدید پیشنهاد می‌شود.*

واژگان کلیدی: *مدل مراحل تغییر، رفتار پیشگیری، سوء مصرف مواد، کارگران پتروشیمی.*

مقدمه

پدیده وابستگی به سوءمصرف مواد مخدر و عدم توانائی فرد برای قطع وابستگی و عدم موفقیت بیشتر برنامه های درمانی برای افراد معتاد از سوی دیگر و همچنین احتمال عود و شروع مجدد در کنار عامل عرضه مواد مخدر در جوامع باعث شده است که بیشتر برنامه‌های مقابله با مواد مخدر به سمت پیشگیری اولیه گرایش پیدا کند (۱،۲). با توجه به پیچیدگی این پدیده فرایند پیشگیری نیازمند کاربرد تئوری‌های متعدد در رشته‌های علوم مختلف و روش‌ها و تکنیک‌های متنوع می‌باشد (۱). در واقع آموزش اساسی‌ترین ابزار و روش پیشگیری از اعتیاد می‌باشد(۳). از آنجایی که اقدام به مصرف مواد مخدر پدیده‌ی پیچیده‌ای است که عوامل متعدد فردی،

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه تربیت مدرس ، گروه آموزش بهداشت، دکتر علیرضا حیدرنیا
(email: heidarnia@modares.ac.ir)
تاریخ دریافت مقاله ۸۷/ ۷/۲۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۳/۱۹

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

فرهنگی و اجتماعی در بروز آن نقش دارند، کاربرد برنامه آموزشی مهارت‌های مقاومت دربرابر سوءمصرف مواد باید با تاکید بر مدل‌های تغییر رفتار انجام گیرد (۴،۵).

اعتیاد و سوءمصرف مواد پدیده‌ای فراگیر، همگانی، جهانی و پیچیده است که هزینه بسیار سنگینی را بر فرد، خانواده و دولت‌ها تحمیل می‌کند. در کشور ایران سوءمصرف مواد میان جوانان مسیر پیشرونده‌ای را طی می‌کند (۶). مطالعه‌ای بر روی کارگران پتروشیمی منطقه عسلویه، میزان سوءمصرف مواد در میان کارگران را ۲۹/۵ درصد نشان داد. مصرف داروهای ممنوعه و مواد مخدر توسط جوانان با کاهش طول زندگی، حوادث و خشونت افراد ارتباط مستقیم دارد. اعتیاد جسمی و روانی به این مواد مشکل بهداشتی بزرگی برای جوامع می‌باشد (۷) و برنامه‌ریزی‌های صحیح و انجام مداخلات علمی برای پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر را ضروری می‌سازد. با توجه به اینکه هرگونه مداخله و بازتوانی معتادان با شکست مواجه شده است و استراتژی کاهش تقاضا به عنوان موثرترین روش شناخته می‌شود، پیشگیری اولیه کارآمدترین روش برای پیشگیری از بروز و شیوع اعتیاد در جامعه، به خصوص محل کار می‌باشد (۹،۸).

با مطالعه رویکردهای آموزشی به‌عنوان برنامه‌های پیشگیری از آغاز دهه ۱۹۶۰ میلادی در زمینه مواد که در کشورهای گوناگون بویژه آمریکا، انگلستان، کانادا و استرالیا به اجرا درآمده است، می‌توان به شش رویکرد مهم اشاره کرد:

۱- رویکرد مبتنی بر ارائه اطلاعات که در آن ارائه اطلاعات درباره مواد و اثرات آنها تاکید می‌شود (۱۰).

۲- رویکرد مبتنی بر کمبودها و ارزشها که برای جبران کاستی‌های شخصی فرد، مهارتها و ارزشهای مثبت را در فرد ارتقاء می‌بخشد (۱۱).

۳- رویکرد مبتنی بر فعالیت‌های جانشین که به فراهم آوردن اعمال جانشین و تغییر محیط افراد می‌پردازد (۱۲).

۴- آموزش مقاومت که به افراد کمک می‌شود در برابر فشارهای بیرونی بویژه فشار همسالان در جهت مصرف مواد مقاومت کنند.

۵- رویکرد آموزش همسالان که از همسالان برای تاثیرگذاری و آموزش بهتر استفاده می‌شود.

۶- رویکرد آموزش مهارت‌های زندگی که یک رویکرد تلفیقی است و تلاش دارد نقاط قوت همه رویکردهای آموزشی را در مدلی واحد ادغام کند و در آن بر آموزش مهارتها، افزایش مقاومت و جانشین‌سازی فعالیت‌های سالم تاکید می‌شود (۱۳).

مطالعه Botvin و همکارانش که در ۲۹ مدرسه شهر نیویورک بر روی ۳۶۲۱ دانش‌آموز انجام گرفت، نشان داد که برنامه پیشگیری از مصرف مواد مخدر که شامل مهارت‌های رد یا طرد مواد مخدر، هنجارهای ضد مواد مخدر، مهارت‌های خودمدیریتی فردی و مهارت‌های عمومی اجتماعی بود تلاش داشت تا مهارت‌های مقاومت در برابر مواد مخدر و اطلاعاتی درباره نحوه مقابله با مواد مخدر و همچنین کاهش انگیزه مصرف را ارائه نماید. این مطالعه نشان داد که در گروه مداخله میزان مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر نسبت به گروه شاهد کاهش یافته است و برنامه آموزشی دارای ثمرات مثبت بر شناخت و نگرش و متغیرهای شخصیتی که در مصرف مواد تاثیر دارند، بوده است (۱۴).

پس در سوء مصرف مواد شناخت عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده نقش کلیدی دارند. عوامل خطر را به پنج گروه شناختی- نگرشی، شخصیتی، آسیب‌شناسی- روانی- رفتاری، اجتماعی- محیطی و بیولوژیک تقسیم می‌کنند.

یکی از مدل‌های پرکاربرد جهت برنامه‌ریزی مداخلات موثر آموزشی مدل مراحل تغییر (Trans theoretical model) است که برای اولین بار در سال ۱۹۸۳ توسط پروچاسکا و دیکلمنت در خصوص ترک سیگار ارائه گردید (۱۵). این مدل نحوه تعدیل یک رفتار نامناسب یا کسب یک رفتار مثبت را تشریح می‌کند.

در ادبیات بهداشتی تعدادی از مدل‌ها را می‌توان یافت که مرحله محور (Stage based) می‌باشند. در این زمینه می‌توان مدل کاتانیا و همکاران در سال ۱۹۹۰ در خصوص کاهش خطر ابتلا به ایدز (۱۶) یا مدل تاخیر در استفاده از مراقبت‌های پزشکی توسط اندرسن در سال ۱۹۹۵ (۱۷) را ذکر کرد. در مجموع می‌توان گفت که این مدل تاکنون در سه زمینه کسب رفتارهای پیشگیری کننده، توقف رفتارهای ناسالم و استفاده از خدمات پزشکی به کار گرفته شده است (۱۸) و برای رفتارهایی نظیر ترک سیگار، مواد مخدر و الکل، پرداختن به ورزش و فعالیت‌های فیزیکی، کاهش چربی در رژیم غذایی، کنترل وزن، استفاده از کاندوم،پیشگیری از پوکی استخوان استفاده شده است (۱۹). بسیاری از تئوری‌ها و مدل‌های متداول رفتار بهداشتی نظیر مدل باور بهداشتی (Health belief model)، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (Planned behavior theory) و تئوری عمل منطقی (Reasoned actions theory)، جزء تئوری‌های پیوستاری (Continuum) می‌باشند.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

رویکرد این مدل‌ها چنین است که پس از تعیین متغیرهای موثر بر رفتار احتمال وقوع رفتار را در فرد بررسی می‌کند. به عبارتی افراد در مسیر پیوستاری حرکت می‌کنند که ترکیبی از متغیرها بر همه آنها تاثیر خواهد گذاشت تا منجر به رفتار مشخص شود. مدل‌های خطی (Liner models) تنها یک معادله منفرد برای پیشگویی رفتار همه افراد عرضه می‌دارند (۱۸).

مک‌گیر در سال ۱۹۷۳ این سئوال را مطرح می‌کند که آیا به راستی مدل‌های خطی ظرفیت در برگرفتن و توجه به فرایندهای پیچیده‌ای که بر تصمیم گیری افراد در زمینه رفتارهای بهداشتی موثرند را دارند (۲۰)؟ در واقع افراد مختلف نیازهای متفاوتی دارند و وجود تفاوت در نیازها بالطبع کمک‌ها و مداخلات متفاوتی را طلب می‌کند و این نکته‌ایست که در مدل مراحل تغییر مدنظر قرار گرفته است. مدل TTM جزء مدل‌های چرخی (Circle) محسوب می‌شود و این مدل مجموعه‌ای از مراحل تصمیم‌گیری فرد برای تغییر را عرضه می‌دارد که این مراحل کاملا مرتبط با انگیزه‌های فردی (Individual motivational) می‌باشند (۲۱). باید گفت که در مقایسه با مدل‌های خطی که معمولا تغییر رفتار را بعنوان یک رویداد تفسیر کرده و ارزشیابی رفتاری را از رفتارهای آشکار و در نقطه پایانی بعمل می‌آورند، TTM مدلی است مبتنی بر تغییر در قصد افراد که تغییر را در یک فرایند می‌داند. فرایندی که در پنج مرحله صورت می‌گیرد. بنابراین جهت تعدیل رفتارهای پیشگیری کننده از سوء مصرف مواد نظیر پرداختن به ورزش و رعایت رژیم‌های غذایی که بر خلاف رفتارهای یک مرحله‌ای و ساده نیازمند تداوم در رفتار می‌باشند، بکارگیری مدل‌هایی که به مراحل مختلف و گام‌های کوچک حساسترند، منطقی‌تر به نظر می‌رسد. این مدل چرخی بیان می‌دارد افراد در تلاش‌هایشان برای تغییر رفتار از خلال مجموعه‌ای از مراحل به نام مراحل تغییر یا آمادگی عبور می‌کنند که شامل پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و تثبیت رفتار است. به علاوه سه سازه دیگر نیز در این الگو مطرح می‌شوند که بر مراحل تغییر اثر می‌گذارند و شامل فرایندهای تغییر، توازن تصمیم‌گیری و خودکارآمدی یا اغوا است.

یکی ازسازه‌ها که در مدل TTM وجود دارد، سازه فرایندهای تغییر (Change processes) می‌باشد که فعالیت‌های پنهان و آشکاری هستند که افراد به آن‌ها می‌پردازند تا عاطفه، تفکر، رفتار یا الگوی کلی‌تر زندگی خود را تغییر دهند. این فرایندهای دهگانه به دو گروه سطح تجربی یا شناختی (Experimental processes) و سطح محیطی یا رفتاری (Environmental/ Behavioral processes) قابل تقسیم هستند. فرایندهای تجربی برای حرکت در مراحل ابتدائی مورد استفاده قرار می‌گیرند و فرایندهای رفتاری جهت حرکت در مراحل بعدی استفاده می‌شوند. فرایندهای تغییر عبارتند از: آگاهی افزایی (Consciousness raising)، تسکین نمایشی (Emotional arousal /Dramatic relief)، ارزیابی مجدد محیط (Environmental reevaluation)، خودارزیابی مجدد (Self- revaluation)، خودآزادی (Self- liberation)، آزادی اجتماعی (Social- liberation)، شرطی سازی تقابلی (Counter- conditioning)، کنترل محرک(Stimulus control)، مدیریت تقویت (Reinforcement management) و ارتباط یاری دهنده (Helping relationships).

یکی دیگر از سازه‌های موجود در مدل TTM توازن تصمیم‌گیری است که بصورت شکلی از تعارض دوسوگرائی (Ambivalence conflict) بر مزایا و معایب تغییر و عدم تغییر رفتار متمرکز است که در واقع نوعی تعارض درباره ارزش تغییر (Value of change) است.

در هر انتخاب فرد در مورد تغییر دادن یا ندادن رفتارش، مزایا و معایبی موجود است. گاهی کارکنان بهداشتی برای ایجاد تغییر در رفتار اقدام به بحث در مورد معایب رفتار کنونی و محاسن تغییر رفتار می‌پردازند. امکان زیادی وجود دارد استفاده از این روش مستقیم منجر به ایجاد مقاومت در افراد شود. به هرحال بهترین رویکرد آن است که افراد خود به درک از معایب و محاسن رفتارشان در حالت کنونی و در حالت تغییر یافته برسند و آنگاه در مورد آن تصمیم‌گیری نمایند. سازه موازنه تصمیم‌گیری بر پایه مدل تعارض در تصمیم‌گیری شکل گرفته و تمرکز آن بر اهمیت ادراکات مثبت (مزایا: Pros) و منفی (معایب: Cons) فرد در مورد نتایج رفتار یا تغییر رفتارش است. در این سازه فرض بر آن است که یک فرد رفتارش را تغییر نخواهد داد، مگر آنکه به درک برتری مزایا بر معایب نایل گردد. نتایج پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که عموما با پیشرفت فرد در خلال مراحل تغییر مزایای درک شده رفتار افزایش یافته و معایب آن کاهش می‌یابد (۲۲).

سازه دیگر در مدل TTM، خودکارآمدی (Self- efficacy) است که از تئوری شناختی- اجتماعی بندورا وام گرفته شده است و معرف اطمینانی است که افراد نسبت به توانایی خود در مقابله با یک موقعیت خطرزا (بدون بازگشت به عادات غیربهداشتی قبلی) دارند.

با توجه به اینکه مجتمع پتروشیمی عسلویه در تولید مواد شیمیایی و پتروشیمی کشور نقش عظیمی دارد و کارگران

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

بسیار زیادی در این مجتمع مشغول هستند، شیوع سوءمصرف مواد در آنها باعث مشکلاتی در ایجاد حوادث ناشی از کار می‌گردد. لذا در این تحقیق سعی شده است با تاکید بر مدل مراحل تغییر و تئوری شناختی- اجتماعی، پیشگیری سوءمصرف مواد در بین کارگران مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روشها

در این کارآزمایی تصادفی‌شده شاهدار (RCT)، تاثیر آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد و ایجاد مهارت‌های مقاومت در برابر مصرف مواد مخدر در ۱۸۱ کارگر شرکت پتروشیمی عسلویه در دو گروه مداخله و شاهد مورد بررسی قرار گرفت. در گروه مداخله، آموزش‌ها بر اساس مدل TTM تلفیق شده با تئوری شناخت- اجتماعی ارائه شد. در گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای غیر از برنامه‌های روتین بخش HSEQ (Health Safety Environment Quality) در زمینه پیشگیری صورت نگرفت. کارگران بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه مداخله (n=۹۱) و شاهد (n=۹۰) قرار گرفتند. با توجه به گزارش مرکز بهداشت و درمان شرکت ملی صنایع پتروشیمی واقع در عسلویه، میزان شیوع استفاده از مواد مخدر در کارگران ۳۰ درصد گزارش شده است که محقق ادعا داشت با استفاده ازفرایندها ی آموزشی بر مبنای مدل TTM این میزان را به ۱۰ درصد برساند. بنابراین حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر با Z_α = ۱/۹۶ و Z_β = ۱/۶۴ برای هر گروه ۷۸ نفر بدست آمد.

$$P=\frac{۰/٤}{۲}=۰/۲ \qquad \text{بنابراین} \qquad P=\frac{P_۰+P_۱}{۲} \qquad n=\frac{۲(Z_\alpha+Z_\beta)^۲\times P(۱-P)}{(P_۰-P_۱)^۲}$$

$$n=\frac{۲(۱/۹٦+۱/٦٤)^۲\times ۰/۲(۰/۸)}{(۰/۲)^۲}=\frac{۳/۱۱۰٤}{۰/۰٤}=۷۷/۸$$

با احتمال خارج شدن تعدادی از افراد از مطالعه ۰/۲۵ بیشتر درنظر گرفته شد که با احتساب ۱۹/۵ نفر، حجم نمونه مداخله ۹۸ نفر درنظر گرفته شد و ۹۸ نفر هم در گروه شاهد قرار گرفتند. از آنجایی که در گروه مداخله و شاهد کارگران شرکت امین آرمان انتخاب شدند و دارای ۹۰ نفر ساکنین کمپ مثلثی و ۹۱ نفر ساکن کمپ دیگری بودند، به عنوان گروه‌های مداخله و شاهد انتخاب شدند. جالب توجه اینکه تا پایان مداخله هیچ‌یک از کارگران از مداخله خارج نشدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل کارگران جهت شرکت در مطالعه، مرد بودن، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار در شرکت و قراردادهای کاری حداقل یک سال بود. روش جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه کتبی و مصاحبه با کارگران بود. اعتبار علمی پرسش‌نامه محقق‌ساخته توسط روش اعتبار محتوا و استفاده از پانل متخصصان (Expert Panel) دوازده نفره و پایایی آن با روش آلفاکرونباخ سنجیده شد. به این صورت که پرسش‌نامه توسط ۳۰ نفر از کارگران تکمیل گردید که پس از انجام آزمون همسانی درونی، ضریب آلفای ۸۴ درصد بدست آمد. پرسش‌نامه حاوی سوالات مربوط به عوامل دموگرافیک، آگاهی، نگرش، مراحل تغییر، توازن تصمیم‌گیری، فرایندهای تغییر و خودکارآمدی بود که قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد تکمیل گردید.

در این طرح، محققان به ارزشیابی تشخیصی که یکی از اجزاء ارزیابی نیازها (Needs assessment) می‌باشد پرداختند. بر اساس ارزشیابی تشخیصی، محتوای آموزشی در این پژوهش طراحی گردید که محتوای آموزشی تاکید بر ارتقاء سطح آگاهی، نگرش، خودکنترلی، مهارت‌های مقابله با مواد مخدر، مهارت‌های زندگی و خودکارآمدی داشت که جزوات آموزشی، کتابچه، پمفلت، پوستر، دیسک فشرده (CD) آموزشی مرتبط با محتوای آموزشی آماده گردید.

مراحل طراحی آموزشی بدین ترتیب بود که ابتدا اطلاعات مربوط به موضوعات آگاهی شامل وابستگی جسمی و روانی، عوارض ناشی از سوء مصرف بر اندام‌های بدن، عوارض ناشی از مختل شدن ارتباطات و روابط اجتماعی به همراه موضوعات مربوط به مهارت‌های مقاومت در برابر مواد مخدر که شامل مهارت‌های مقاومت در برابر پیشنهاد و اصرار دوستان و هم‌اتاقی‌ها برای مصرف بود با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSSver.13 و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. هم‌چنین سطح خودکنترلی و خودکارآمدی در مورد بکار بردن فعالیت‌های پیشگیری و مهارت‌های زندگی بعنوان بخشی از مهارت‌های ارتقاءدهنده سلامت و مقاومت در برابر رفتارهای انحرافی که باعث بهبود کیفیت زندگی آنها می‌شد گنجانده شد. برنامه آموزشی در گروه مداخله بصورت زیر اجرا شد:

قبل از شروع مداخله آموزشی دو فعالیت به شرح زیر انجام گردید.

۱- در کارگران ۳ بخش شرکتی در گروه مداخله، کارگران رهبر به عبارتی محبوب‌ترین کارگران بر اساس رای انتخاب گردیدند. سپس هر کدام از این کارگران منتخب یک گروه ۸ تا ۱۰ نفره کارگری که در کمپ با هم زندگی می‌کردند تشکیل دادند و سرگروه خود را بعنوان رهبرمی‌دانستند که کارگران انتخاب شده علاوه بر اینکه بعنوان یک عامل میانجی

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

(Mediator) بین آموزشگر و کارگران عمل می‌کردند نقش فعالی در ترغیب هم‌اتاقی‌های خود برای شرکت در برنامه‌های آموزشی داشتند. همچنین همکاری و مشارکت در زمینه تشکیل جلسات بحث و مذاکره گروه انجام می‌دادند. ۲- فردی بعنوان مسئول بهداشتی شرکت وجود داشت که وی برای افزایش تعامل بین آموزشگر و کارگران بود و به عنوان همکار در اجرای برنامه‌های آموزشی و ترغیب کارگران برای مشارکت فعال در برنامه های آموزشی و پیشبرد برنامه‌ها انتخاب شد.

اساس برنامه آموزشی در این پژوهش مبتنی بر یادگیری فعال بود و کارگران در طول مداخله آموزشی بطور فعال در برنامه آموزشی شرکت داشتند. کارگران گروه مداخله به ۵ گروه ۲۰-۱۸ نفره تقسیم شدند و برای هر گروه ۴ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای آموزشی برگزار شد.

جلسه اول آموزشی به آشنا کردن کارگران با انواع مواد مخدر و عوارض و نحوه اعتیاد آوری مواد مخدر مختلف اختصاص یافت. در این جلسه فرایند اعتیاد، مراحل و نشانه‌های مراحل مختلف مورد بحث قرار گرفت.

جلسه دوم آموزشی تاکید بر آسیب‌پذیری کارگران بود و میزان در معرض خطر بودن آنان بحث گردید. هم‌چنین مهارت‌های مقاومت در برابر مواد مخدر بر مهارت نه گفتن که ابزار قاطعانه احساسات مثبت و منفی است و استفاده از تکنیک کوتاه اثربخش مهارت‌های مقاومت تاکید گردید.

جلسه سوم مهارت‌های زندگی شامل توانایی شناسایی و مقابله با خلق منفی در خود جایگزینی افکار منطقی و مثبت به جای افکار احساسی و منفی، مقابله با اضطراب و استرس، افزایش احساس اعتماد به نفس و خودباوری مورد بحث و مذاکره قرار گرفت که جزوات آموزشی در این مورد دریافت کردند.

جلسه چهارم مهارت‌های زندگی شامل مهارت‌های کنترل خشم و پرخاشگری، مهارت حل مساله با استفاده از مهارت‌های اولویت‌بندی و انتخاب اهداف قابل وصول، مهارت‌های تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی، مهارت‌های خودکنترلی و ایجاد همدلی و ارتباط موثر و چگونگی کنترل هیجانات منفی آموزش داده شد.

روش‌های آموزش هم‌اتاقی‌ها شامل نصب پوستر در راهرو و کمپ، تهیه و تکثیر پمفلت‌های آموزشی و شرکت کارگران در نمایشگاه یک روزه مهارت‌های مقابله با مصرف که توسط مرکز پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی پتروشیمی برگزار گردید، بود.

کارگران گروه مداخله مسئولیت آموزش هم‌اتاقی‌های خود را نیز به عهده داشتند و از آنجایی که بعضی کارگران دارای شرایط خاصی بودند، برای آنها برنامه‌های آموزش بصورت چهره‌به‌چهره و گفتگوی بین فردی و حل مشکلات خانوادگی و معرفی به مسئول شرکت دنبال شد. هم‌چنین برای آنهایی که نیاز به مداخلات اختصاصی داشتند، یعنی آن دسته از کارگرانی که تجربه مصرف مواد مخدر را داشتند و به دنبال راه‌هایی برای قطع وابستگی خود بودند، با ارائه برنامه مشاوره و معرفی به مرکز پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی کمپ تلاشی در فعال کردن آنان برای کسب مهارتهای مقاومت انجام گرفت.

برای سنجش اثربخشی مداخله آموزشی، ۵ ماه پس از پایان مداخله مجددا پرسش‌نامه مقیاس‌های تئوریک مدل تلفیقی شامل عوامل دموگرافیک، آگاهی، نگرش، خودکنترلی، مراحل تغییر، توازن تصمیم‌گیری، فرایندهای تغییر و خودکارآمدی توسط کارگران گروه مداخله و شاهد تکمیل گردید.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نظیر سن و سطح تحصیلات در دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معنی‌داری با هم نداشتند. ۹۲/۲۲ درصد کارگران گروه مداخله و ۹۰/۱۱ درصد کارگران گروه شاهد تحصیلات زیردیپلم و دیپلم داشتند و اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. از نظر آموزش بدو استخدام، ۸۰ درصد گروه آزمون و ۸۳ درصد گروه شاهد در مورد رفتارهای پیشگیری از سوءمصرف هیچ‌گونه آموزشی ندیده بودند (NS). فراوانی سابقه پیشنهاد استعمال سیگار از طرف دوستان در گروه مداخله ۸۰ درصد و در گروه شاهد ۷۶/۹۹ درصد بود و ارتباط معنی‌داری بین گروههای مداخله و شاهد وجود نداشت. فراوانی سابقه سوءمصرف مواد مخدر در گروه مداخله ۱۵/۵۶ درصد و در گروه شاهد ۱۵/۶۸ درصد بود (NS). از نظر نوع شغل نیز بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید.

هم‌چنین گروههای آزمون و شاهد در قبل از مداخله از نظر متغیرهای آگاهی، نگرش، مهارت‌های مقاومت و توازن تصمیم‌گیری تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند. نمره آگاهی کارگران در زمینه عوارض بیولوژیک مواد مخدر قبل از مداخله آموزشی در گروه مداخله ۲۳/۰۴ و در گروه شاهد ۲۳/۱۹ بود (NS). اما پس از مداخله آموزشی، میانگین آن در گروه مداخله از۲۳/۰۴ به ۳۳/۷۲ افزایش یافت ($p<0.001$). همچنین اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره آگاهی کارگران گروه مداخله و گروه شاهد در بعد از مداخله مشاهده شد ($p<0.001$). نمره نگرش کارگران نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری بین دو گروه نداشت (۴۸/۱ در گروه مداخله و

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

۴۹/۱ در گروه شاهد)، ولی پس از مداخله آموزشی نمره نگرش در گروه مداخله (۵۴/۱۱) به طور معنی‌داری بالاتر از گروه شاهد (۴۷/۲۳) بود (p<۰۰۰۱). میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله آموزشی برای گروه مداخله ۳۸/۲۵ و برای گروه شاهد ۳۶/۱ بود (NS)، در حالی‌که پس از مداخله آموزشی، میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله به ۴۱/۱ و در گروه شاهد به ۳۶/۵۲ رسید (p<۰۰۰۱). آزمون t زوجی نشان داد که افزایش میانگین نمره خودکارآمدی از ۳۸/۲۵ به ۴۱/۱ پس از مداخله آموزشی معنی‌دار می‌باشد.

اطلاعات مربوط به تعیین و مقایسه موازنه تصمیم‌گیری در زمینه انجام مهارت‌های مقاومت در برابر سوءمصرف مواد گروههای مداخله و شاهد به ترتیب در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است. هر دو مقیاس موازنه تصمیم‌گیری (مزایا و معایب) در رفتار ذکر شده در آزمون پایه تفاوتی بین دو گروه نداشت، اما پس از مداخله آموزشی در خصوص مزایای رفتار انجام مهارت‌های مقاومت، میانگین نمره از ۴۹/۱۷ به ۵۶/۴۳ افزایش یافت (p<۰۰۰۱). در خصوص معایب رفتار در مهارت‌های مقاومت در برابر سوءمصرف مواد، میانگین نمره در گروه مداخله از ۳۵/۰۱ به ۲۸ کاهش یافت (p<۰۰۰۱). پس از مداخله، در گروه مداخله بطور معنی‌داری از تمامی فرایندهای تغییر بجز تسکین نمایشی نسبت به آزمون پایه بیشتر استفاده کرده بودند. اما در گروه شاهد تغییر معنی‌دار آماری در استفاده از هیچ‌کدام از فرایندهای تغییر بجز آزادی اجتماعی مشاهده نشد.

جدول ۱- شاخص های فرآیندهای تغییر در خصوص انجام مهارت های مقاومت در کارگران گروه مداخله در قبل و پس از مداخله.

فرایند	آزمون پایه	پس ازمداخله	p-value
سطح تجربی / شناختی			
هشیاری افزایی	۴/۳±۱/۹*	۵/۰۸±۱/۷۱	۰/۰۲
تسکین نمایشی	۵/۵±۱/۸	۶/۳۵±۱/۷۸	۰/۰۵
ارزیابی مجدد محیط	۵/۲±۲/۱۲	۶/۲۲±۱/۷۲	۰/۰۰۱
خود ارزیابی مجدد	۶/۱±۱/۷۷	۷/۰۱±۱/۶۷	۰/۰۳
آزادی اجتماعی	۵/۹±۱/۸	۶/۹±۱/۶۵	<۰/۰۰۰۱
مجموع	۲۸/۱۳±۷/۵	۳۱/۸۲±۸/۱	<۰/۰۰۰۱
سطح محیطی / رفتاری			
شرطی سازی تقابلی	۴/۰۱±۱/۷۳	۵/۰۲±۱/۸	۰/۰۰۰۲
ارتباطات یاری دهنده	۴/۱±۲/۰۱	۴/۹۹±۱/۹۲	۰/۰۱
مدیریت تقویت	۳/۹۸±۱/۸۲	۵/۳۵±۱/۷۱	۰/۰۰۰
خودآزادی	۴/۸±۱/۸۹	۶/۰۵±۲/۰۲	۰/۰۰۳
کنترل محرک	۴/۰۲±۲/۲۴	۵/۴۸±۲/۲۷	۰/۰۱
مجموع	۲۱/۵±۷/۸۷	۲۶/۷۳±۸/۱۱	<۰/۰۰۰۱

* میانگین ± انحراف معیار

جدول ۲- شاخص های فرآیندهای تغییر در خصوص انجام مهارت های مقاومت در کارگران گروه شاهد در قبل و پس از مداخله.

فرایند	آزمون پایه	پس ازمداخله	p-value
سطح تجربی / شناختی			
هشیاری افزایی	۴/۵±۱/۹۵	۵/۱±۱/۸۹	NS†
تسکین نمایشی	۵/۹۸±۱/۹۱	۶/۱±۱/۷۸	NS
ارزیابی مجدد	۵/۶±۲/۲۳	۵/۹۶±½	NS
خود ارزیابی مجدد	۶/۶±۱/۹	۶/۹۶±۱/۶۷	NS
آزادی اجتماعی	۶/۴±۱/۹۵	۶/۸±۱/۷۵	۰/۰۲
مجموع	۳۱/۱۵±۷/۴۹	۳۱/۹۹±۶/۹۴	NS
سطح محیطی/ رفتاری			
شرطی سازی تقابلی	۴/۳۳±۱/۸	۴/۸±۱/۵	NS
ارتباطات یاری دهنده	۴/۴±۱/۷۱	۵/۱±۱/۷۷	NS
مدیریت تقویت	۴/۶±۲/۰۲	۵/۰۳±۱/۸	NS
خودآزادی	۵/۱±۱/۶	۵/۱±۱/۶۸	NS
کنترل محرک	۴/۴±۲/۰۳	۴/۶۴±۱/۷۲	NS
مجموع	۲۳/۱۵±۸/۲	۲۴/۱۱±۷/۶۳	NS

* میانگین ± انحراف معیار؛ † Not significant

بحث

این پژوهش مشخص کرد که افزایش آگاهی و نگرش، مهارت‌های مقاومت در برابر مصرف مواد مخدر، خودکارآمدی، توازن تصمیم‌گیری در فعالیت‌های پیشگیری در گروه مداخله نشان دهنده تاثیر مثبت مدل TTM در پیشگیری از مصرف مواد مخدر در کارگران پتروشیمی عسلویه است و احتمالا می‌تواند در سایر مداخلات بهداشتی نیز مورد استفاده قرار گیرد.

مطالعه حاضر نشان داد که حدود ۱۷/۱ کارگران گروه مداخله و شاهد سابقه سوءمصرف مواد مخدر دارند، ولی با توجه به گزارشات مرکز بهداشت درمان عسلویه و ارتباط محقق با کارگران بنظر می‌رسد که درصد بیشتری سابقه سوءمصرف داشته باشند، ولی به نظر می‌رسد بخاطر ترس از شرایط محیط کار و یا انفصال قرارداد تعدادی از کارگران از ابراز واقعیت خودداری می‌کنند. همچنین ملاحظه شد که ۹۱/۱۶ درصد کارگران سابقه مشاهده مصرف مواد مخدر توسط دیگران را گزارش کرده‌اند که احتمالاً درصدی از این مشاهده می‌تواند مربوط به کارگران هم‌اتاقی و دوست باشد. حدود ۷۱/۸۲ درصد کل کارگران گروه‌های مداخله و شاهد سابقه استعمال سیگار را مطرح کردند. با توجه به اینکه در اغلب مواردی که قبلاً هم اشاره شد سیگار می‌تواند دروازه ورود مواد مخدر باشد، پس باید با تأکید بیشتری به ارائه و بکارگیری

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

فرایندهای پیشگیری پرداخت که یکی از مهم‌ترین روش‌ها فرایندهای تغییر مدل TTM بعنوان هشیاری‌افزایی است.

هم‌چنین مداخله آموزشی باعث افزایش نمرات آگاهی از فاکتورهای خطر ایجاد کننده اعتیاد (p<۰/۰۰۰۱) و افزایش نمره آگاهی از فاکتورهای محافظت کننده از اعتیاد (p=۰/۰۰۴) در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شد که فرضیه مطالعه مبنی بر اینکه "مدل TTM باعث افزایش آگاهی در برابر سوءمصرف مواد می‌شود" را تأیید می‌کند. هر چند افزایش آگاهی از پیامدهای منفی سوءمصرف مواد به عنوان یکی از عوامل پیشگیری کننده بدیهی است، یکی از رویکردهای پیشگیری از سوءمصرف مواد رویکرد انتشار اطلاعات برای پیشگیری می‌باشد (۱۳) نتایج بدست آمده در این مطالعه می‌تواند در راستای تقویت این رویکرد باشد. اما بر این نکته نیز تأکید شده است که افزایش صرف آگاهی می‌تواند موجب تحریک و گرایش جوانان به سمت مواد مخدر باشد. Botvin معتقد است که تجارت ناموفق در زمینه آموزش حقایق مربوط به مواد مخدر نبایستی منجر به بی‌اهمیت شمردن نقش آگاهی در زمینه پیشگیری از سوءمصرف مواد شود و باید بدانیم که آگاهی تنها یکی از عواملی است که در پیشگیری از سوء مصرف مواد نقش دارد و تأکید صرف بر روی آموزش حقایق بدون توجه به ویژگی‌های رشدی و شخصیتی و تکاملی جوانان می‌تواند نتایج نامطلوبی را در پی داشته باشد (۱۳).

در مطالعه حاضر، حدود ۶۰ درصد کارگران گروه مداخله و شاهد دارای اعتماد به نفس درک شده پائینی بودند که این مسئله می‌تواند بعنوان یک عامل خطر جهت گرایش به سمت مواد مخدر و تأثیرپذیری و عدم مقاومت در برابر فشار همسالان باشد. یکی از راهکارهای بکار گرفته شده در پژوهش حاضر جهت ایمن‌سازی کارگران، افزایش مهارت‌های مقاومت در برابر فشار همسالان و دوستان می‌باشد. نتیج این مطالعه نشان داد که فرایندهای شناختی و رفتاری مدل TTM باعث افزایش مهارت‌های مقاومت می‌شوند که در فرایندهای شناختی (p<۰/۰۰۰۱) و فرایندهای رفتاری (p<۰/۰۰۰۱) به خوبی ملاحظه می‌شود. مطالعات متعددی اثربخشی این مداخلات را تحت عنوان آموزش مهارت‌های مقاومت در برابر سوءمصرف مواد (DARE) ثابت کرده‌اند و نتایج بدست آمده از این مطالعه را تأیید می‌کنند (۲۳). باید به این نکته توجه کرد که یکی از اختصاصی‌ترین مهارت‌های مقابله با سوءمصرف مواد مهارت‌های «نه گفتن» و «ابراز قاطعیت» می‌باشد که باید در جوانان و کارگران این مهارت‌ها را تقویت نمود. یافته‌های ما و مطالعات دیگر ضرورت این مسئله را نشان داده است.

تسکین‌نمایشی یک روش تاریخی روان‌درمانی است که در آن از تکنیک‌هایی برای هیجانی کردن افراد استفاده می‌شود. نمایش روانشناختی- ایفای نقش و فعالیت‌های رسانه‌ای این سازه با آموزش، باعث شد پس از مداخله از ۵ به ۶/۳۵ افزایش یابد و باعث افزایش مهارت‌های مقاومت گردید (p=۰/۰۵۲). سازه دیگر ارزیابی مجدد محیط است که یک فرد می‌تواند به محیطش تأثیر بگذارد و بعنوان یک الگوی مثبت یا منفی نقش بر دیگران تأثیرگذار باشد، مانند آموزش همدلی و مداخلات خانوادگی که حین آموزش موارد فوق، میانگین آن از ۵/۲ به ۶/۲۲ افزایش یافت (p=۰/۰۰۱).

خودارزیابی مجدد، ارزیابی هیجانی فرد از خود انگاره‌اش می‌باشد، زمانی که واجد یک رفتار غیر سالم است و زمانی که آن رفتار را ندارد. در مورد انجام مهارت‌های مقاومت باز در این مطالعه میانگین آن از ۶/۱ به ۷/۰۱ افزایش یافت.

در سازه آزادی اجتماعی، تیم تحقیق، مسئولین محترم HSEQ را بر آن داشت که کارگران را مجاب کند در بین اتاق‌ها اقدام به کشیدن سیگار ننمایند و عصرها در ورزشگاه مستقر در کمپ به تشکیل تیم‌های ورزشی بپردازند. این امر باعث شد، نمره آزادی اجتماعی از ۵/۹ به ۶/۹ افزایش یابد و تأثیر مهم و مثبت این سازه در افزایش مهارت‌های مقاومت مشخص شد (p<۰/۰۰۰۱).

در مورد کنترل محرک که مربوط به خارج ساختن محرک‌های ایجاد کننده عادت غیرسالم و اضافه کردن سریع گزینه‌های سالم‌تر می‌باشد، در راهروها و اتاق‌های موجود در کمپ پوسترهای مناسب با پیشگیری از اعتیاد در سه مرحله متوالی نصب گردید و همچنین یک سری افراد در پشت کمپ تجمع می‌کردند و احتمالاً متأسفانه تأثیر به سزایی در انحراف کارگران و سوق دادن آن‌ها به سمت سوءمصرف مواد بودند که با تذکرات و برخورد جدی واحد حراست منطقه پتروشیمی ایمن‌شد. میانگین نمرات سازه کنترل محرک در گروه مداخله از ۴/۰۲ به ۵/۴۸ مؤید تأثیر بسزای اقدامات فوق می‌باشد (p=۰/۰۱).

در مورد سازه موازنه تصمیم‌گیری، برای انجام هر رفتار از سوی فردی که می‌خواهد اقدام به انجام رفتاری نماید مزایا (pros) و معایبی (Cons) وجود دارد. در ارتباط با مزایای رفتار انجام مهارت‌های مقاومت در برابر سوءمصرف مواد ملاحظه شد که در گروه مداخله میانگین نمره ۴۹/۱۷ در قبل از مداخله به ۵۶/۴۳ در بعد از مداخله افزایش یافت. مشخص شد که روشن

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

ساختن مزایای رفتار و درک متقابل افراد باعث افزایش رفتار می‌گردد (p<۰/۰۰۰۱) و همچنین آموزش از معایب این رفتار می‌کاهد. به طوری که نمره این مسئله در آزمون پایه ۳۵/۱ بود که پس از مداخله به ۲۸ کاهش یافت (p<۰/۰۰۰۱). یافته اخیر با نتایج دیگر مطالعات در ارتباط با عوامل مؤثر در تغییر رفتارها سازگار است (۲۵،۲۴). هم‌چنین در این مطالعه سازه موازنه تصمیم‌گیری در خصوص پرهیز از فاکتورهای خطر سوءمصرف مواد مورد مطالعه قرار گرفت و مشاهده شد که در گروه مداخله نمره مزایای رفتار از ۳۱/۱ به ۳۳/۶۰ افزایش (p<۰/۰۰۰۱) و در بحث معایب رفتار نمره ۲۵/۱۱ به ۲۲/۱۵ کاهش یافت (p=۰/۰۰۰۷) که هر دو تأثیر مثبت مداخله آموزشی را ثابت می‌کند.

نتایج مربوط به نگرش کارگران نسبت به سوء مصرف مواد مخدر قبل و پس از مداخله آموزشی نشان می‌دهد که مداخله آموزشی در گروه مداخله باعث افزایش معنی‌دار نمره کلی نگرش (p<۰/۰۰۰۱) در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شده است. باورهای منفی قوی نسبت به مواد مخدر تحت تأثیر خانواده بیشتر در دوران کودکی شکل می‌گیرد، ولی می‌تواند تحت تأثیر فشار همسالان تغییر کند و افزایش سن، کسب تجربه و ازدواج و قبول مسئولیت شغلی و اجتماعی باعث تغییر باور و نگرش می‌گردد (۲۶).

نتایج مربوط به نگرش و ناپایداری، ضرورت مداخلات پیشگیرانه را در مقابل سوءمصرف مواد در تمام سنین خصوصاً نوجوانی و جوانی نشان می‌دهد، بخصوص تقویت باورها در زمینه ارزش‌های مذهبی نقش پیشگیرانه مهمی در سوءمصرف مواد دارد (۲۸،۲۷). هم‌چنین تقویت این باور در جوانان که «هر مصرفی ممکن است منجر به اعتیاد شود» می‌تواند نقش مهمی در افزایش توانایی‌های مقاومت در برابر مواد در بین جوانان باشد. Mc Gahee اظهار می‌دارد که مهارت‌ها ی امتناع از کشیدن سیگار اگر تقویت شود موجب تأثیرگذاری بر روی نگرش‌ها و بدنبال آن تقویت قصد رفتاری برای امتناع از کشیدن سیگار شده و در صورت فقدان و کمبود مهارت‌های امتناع از کشیدن سیگار، نگرش‌های قوی جهت ایجاد قصد رفتاری قوی بوجود نمی‌آید (۲۹).

آگاه بودن از نگرش‌های افراد می‌تواند از اهمیت زیادی برخوردار باشد. اگر نگرش‌های مردم را بدانیم می‌توانیم رفتار آنان را پیش‌بینی کنیم و بر رفتار آنان کنترل داشته باشیم. نگرش‌ها آموختنی بوده و از طریق تجربه کسب می‌شوند. الگو و سرمشق به ویژه رفتارهای افراد مهم زندگی فرد شامل والدین، همسالان و معلمان تشکیل می‌دهند. این فرایند حتی در مواردی هم که این افراد در آموزش نگرش خاص به نوجوانان تعهدی ندارند، وارد عمل می‌شوند (۱۳).

با توجه به نظر بوتوین به علت پیچیده بودن ماهیت اتیولوژیک اعتیاد، علاوه بر تأکید بر رویکردهای فردی باید رویکردهای پیشگیری بر عوامل محیطی، دموگرافیک وسیاست‌گذاری نیز مورد اجرا گذاشته شود تا حداکثر کارایی و اثربخشی محقق شود (۳۰).

همانطور که در بالا مطرح شد، تغییر نگرش نقش بسزایی در پیشگیری از سوءمصرف مواد دارد، که در توجیه نکته فوق جا دارد که به این نکته توجه کنیم که Mc Guire روش‌هایی را برای رواج و القای نگرش به ارزش‌ها و عقاید طرح کرده است که به حمایت از عدم استفاده از مواد مخدر می‌پردازد. این روش‌ها به «پیش‌رفتارها (Pretreatment)» موسومند، زیرا قبل از اینکه یک رفتار پذیرفته یا تجربه شود، به کار گرفته می‌شوند و کاملاً جزو روش‌های پیشگیرانه به حساب می‌آیند. تلقیح شناختی (Cognitive inoculation) یکی از این پیش‌رفتارهاست. در این روش با مباحثه‌ای از نگرش‌ها و عقاید مخالف که در آینده ممکن است یک نوجوان با آنها مواجه شود، آموزش‌های در باره الکل و دیگر مواد مخدر به مخاطبان ارائه می‌شود.

دیدگاه پیش‌رفتار دیگر مستلزم یک «تعهد رفتاری (Behavioral commitment)» از طرف شخص است. تعهد می‌تواند به شکل تصمیم خصوصی یا اعلام آشکار باشد و نیز مبتنی بر این باشد که دیگری ضامن عقیده شخص شود (تعهد بیرونی). Mc Guire دریافت که اکثر مواقع تعهد بیرونی قوی‌تر از تعهد خصوصی است. به علاوه Mc Guire (۱۹۸۵) دریافت که بطور کلی مردم می‌خواهند نگرش‌ها و عقاید آنها با رفتارشان سازگار باشد. اگر چنین نباشد یک ناهماهنگی شناختی بوجود می‌آید و فرد باید آن را از بین ببرد. برای مثال اگر نوجوانی که شدیداً به توانایی ورزشی خود ارج می‌نهد به این باور دست یابد که استعمال مواد مخدر توانایی او را کاهش می‌دهد در اینجا یک ناهماهنگی شناختی ایجاد می‌گردد. حل این ناهماهنگی مستلزم این است که یا شخص از استعمال مواد امتناع کند یا ارزش کمتری برای توانایی ورزشی خود قائل شود. برای اینکه باورهای جدید درباره مواد با شناخت‌های موجود ترکیب شوند، باید شناخت‌هایی را که افراد به آنها اهمیت می‌دهند بخوبی شناخت.

این پژوهشی نشان داد که ۶۰/۵ درصد کارگران گروه مداخله و شاهد دارای اعتماد به نفس پائین هستند. کسانی که در محیطهای آموزشی کار کرده اند، اهمیت پرورش اعتماد به

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

نفس را در نوجوانان از مدت‌ها پیش شناخته و ذکر نموده‌اند اعتماد به نفس پائین، از گذشته‌های دور بعنوان عامل پیش‌بینی کننده گرایش به سمت سوءمصرف مواد شناخته شده است (۲۷). برنامه آموزشی سلامت قلب و سیگار شیکاگو دریافت که استقلال و بی نیازی از همسالان بطور معنی‌داری بر روی نگرش‌های سیگار کشیدن و اعتماد به نفس مؤثر است. این برنامه پیشنهاد می کند که برنامه‌های بعدی در این زمینه باید در بر گیرنده محتوای عاطفی اعتماد به نفس باشد (۲۸). البته نتایج متضادی هم مشاهده شده است. تعدادی از مطالعات دریافته‌اند که مصرف مواد در میان دانش‌آموزانی که اعتماد به نفس بالایی دارند، هم مشاهده می‌شود و دلیل آن حساسیت درک شده کم نسبت به تجربه مواد مخدر ناشی از باورهای آسیب ناپذیری درک شده ذکر شده است که می‌تواند آنان را در وضعیت انفعالی دربرابر سوءمصرف مواد قرار دهد (۳۱،۲۸).

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های تغییر رفتار در حیطه سلامتی، همواره سعی شود که از ترکیب مدل‌ها و تئوری‌های مختلف تغییر رفتار استفاده شود تا اثر سینرژیسم آنها در مداخلات آموزشی مشاهده گردد. اینکه کدام مدل و تئوری در حل کدام مشکل بهداشتی بکار رود، نیاز به تبحر محقق راجع به کلیه مدل‌ها و تئوری‌های تغییر رفتاری و بررسی مقالات معتبر در ژورنال‌های معتبر دارد تا نیازها و اولویت‌های آموزشی به عنوان گام بزرگی در انجام تحقیق مشخص گردد. با توجه به دشواری اندازه‌گیری واقعی رفتار در افراد استفاده از مقیاس‌های عینی‌تر در مطالعات رفتاری همراه با مقیاس‌های غیر عینی و مبتنی بر گزارش افراد می‌تواند صحت انجام واقعی رفتارها را تأیید نماید. با توجه به اینکه در پژوهش‌های تغییر رفتار، نظر متخصصین علمی بسیار مهم است، حتماً در هنگام طراحی مداخلات با افراد صاحب‌نظر خصوصاً طراحان مدل مشورت شود.

متأسفانه اغلب افراد بر این باورند که بدون استفاده از تریاک نمی‌شود شرایط طاقت‌فرسا و سخت کاری را تحمل نمود و بعضی از کارگران معتقدند که بدون استفاده از تریاک نمی‌توان در شیفت شب کارکرد. بنابراین باید راهکارهای تغییر باور ارائه و این باور هنجاری تغییر یابد.

همانطور که در محتوای آموزشی نیز مطرح گردید، یکی از اساسی‌ترین مشکلات افراد کمبود مهارت‌های زندگی است که محقق معتقد است که این آموزش باید در سنین راهنمایی و دبیرستان برای همه نوجوانان درنظر گرفته شود. هم‌چنین باید در مناطق مختلف الگوهای مختلف مصرف شناسایی شوند تا برنامه‌های راهبردی جهت پیشگیری ارائه شوند. ارزش و اهمیت برنامه‌های پیشگیرانه و تقدم آنها بر درمان باید برای همه مردم و سیاستگذاران مشخص شود و مهم اینکه برای هر جمعیتی الگوی خاصی می‌تواند تأثیرگذاری بیشتری داشته باشد. هنگام کار با مدل‌های تغییر رفتار توجه شود که با توجه به مسئله و جمعیت هدف، استفاده از کدام مؤلفه ها و سازه‌های مدل در اولویت قرار دارند و باید توجه بیشتری به آنها مبذول گردد. اجرای برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد در جامعه برای کارگرانی که تازه وارد محیط کاری می‌شوند ضروری بنظر میرسد. به علاوه باید هماهنگی بین بخشی در ادارات، سازمان‌ها، دانشگاه‌ها و محیط‌های کاری صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای دکتر یوسف محمدی ریاست محترم گروه فناوری‌های نوین شرکت پژوهش و فناوری پتروشیمی و همکاران، مسئولین بخش HSEQ شرکت ملی صنایع پتروشیمی و شرکت امین آرمان واقع در عسلویه که در فراهم آوردن محیط، نمونه های پژوهش و سایر امکانات هماهنگی و همکاری‌های لازم را مبذول داشته‌اند، سپاسگزاری می‌شود.

REFERENCES

1. UNESCO. Prevention of drug abuse through education and information: an inter-miscibility within the context of human development. Prevention Education Series 1994; 1: 2-4.
2. Spain National Plan on Drugs. National Drugs Stragey 2000-2005. Spain: Spain National Plan an Drugs; 2000. p.25-26.
3. Shope JT, Compleand LA, Marcus BC, Kamp ME. Effectiveness of a school– based substance abuse prevention program. J Drug Educ 1996; 26: 323-37.
4. Bandura A. Social learning theory. Cliffs, NJ: Prentice– Hall; 1997.
5. Bandura A. Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In: Pervin A, ed. Goal concepts in personality and social psychology. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbum Associates; 1989. p.19-85.
6. Deputy for Prevention of Rehabilitation Organization. Report of reception & follow up units about self-refer addicts in Iran. Tehran: Rehabilitation Organization; 1999. [In Persian]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

7. Hesser JE. The Adolescent substance Abuse Survey, Report for statewide Results. Rhode Island: Rhode Island Department of Health office of health statistics; 2000. p.1-45

8. Gossop M, Grant M. Preventing and controlling drug abuse. Geneva: World Health Organization; 1990. p.21-56.

9. McCaffrey BR. The National Drug Controls Strategy 1998: Aten Year Plan. Washington, DC: Office of National Drug Control Policy; 1998. p. 1-14.

10. Bengert R. The effects of school-based substance abuse addiction: a meta-analysis. J Drug Educ 1988; 18: 243-65.

11. Karney A, Hines M. Evaluation of the effectiveness of a Drug Prevention Education program. J Drug Educ 1980; 10: 127-39.

12. Botvin G. Adolescent tobacco, alcohol and drug abuse. Prevention strategies, empirical finding a assessment issue. J Develop Behav Pediatr 1998; 13: 290-301.

13. Botvin G, Griffin K, eds. School-based program in lowinson substance abuse: a comprehensive textbook. 4th edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2005. p.1211-29.

14. Botvin G, Griffin K. Diaz T, William T. Drug abuse prevention among minority adolescents: post test and one-year follow up of a school– based prevention intervention. Prev Sci 2001; 2: 1-13.

15. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psych 1983; 51: 390-95.

16. Catania JA. Towards an understanding of risk behavior: an AIDS risk reduction model (ARRM). Health Educ Quarterly 1990; 17: 53-72.

17. Andersen BL, Cacioppo JT. Delay in seeking a cancer diagnosis. Br J Soc Psychol 1995; 34: 33-52.

18. Weinstein ND, Rothman AJ, Sutton SR. Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. Health Psychol 1998; 17: 260-99.

19. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Smoking cessation and stress management: application of the trans-theoretical model of behavior change. Homeostasis 1998; 38: 216-33.

20. McGuire WJ. The yin and yang of progress in social psychology. J Personal Soc Psychol 1973; 26: 446-56.

21. Butler JT. Principles of health education and health promotion. Colorado: Morton Publishing Company Colorado; 1997.

22. Prochaska JO. Strong and weak principles from pre-contemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. Health Psychol 1994; 13:47-51

23. Swadi H. individual risk factors for adolescent substance use. Drug Alcohol Depend 1999; 55: 209-24.

24. Brug J, Glanz K, Kok G. The relationship between self-efficacy, attitudes, intake compared to others, consumption and stages of change related to fruit and vegetables. Am J Health Promot 1997; 12: 25-30.

25. Campbell MK, Symons M, Demark- Wahnefreid W, Kalsbeek **W**, Dodds J, Cowan A, et al. Stages of change and psychosocial correlated of fruit and vegetables consumption among rural African– American church members. Am J Health Promot 1998; 12: 185-91.

26. Fontaine K, Smith S. Optimistic bias in cancer risk perception: a cross – national study. Psychosoc Reports 1995; 77: 143-46.

27. Weinstein N. Unrealistic optimism about future life events. J Personal Soc Psychol 1980; 39: 806-20.

28. Mc Gahee T, Tingen M. The effects of a smoking prevention curriculum on fifth – yarde children's attitudes, subjective norms and refusal skills. J School Health 1985; 55: 196-99.

29. Karimi Y, ed. Attitude and attitude change. 1st edition. Tehran: Nashr-e-Virayesh institute; 2000. [In Persian]

30. Kandel D, Kessler R, Margulies R. Antecedents of developmental analysis. In: Kandel D, ed. Longitudinal research on drug use: empirical findings and methodological issues. New York: Willey; 1978.

31. Scriven A, Stoddard L. Empowering schools: translating health promotion principles in to practice. Health educ 2003; 103: 110-18.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]